

Einsender:

Patient: (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-19105-01-00



MVZ DRK-Blutspendedienst Ulm
Ärztl. Leiter Dr. P. Schauwecker

Transplantationsimmunologie

PD Dr. D. Fürst u. Kollegen
Helmholtzstraße 10
89081 Ulm
Tel. 0731 / 150 – 528
Fax 0731 / 150 – 638

Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189 und nach den Standards der European Federation for Immunogenetics(EFI)

Geschlecht: männlich weiblich

Kostenträger

GKV-Patient/in, ambulant ► **bitte ausgefüllten Ü-Schein (Nr. 10) beilegen**

Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patienten)

Diagnose (+ICD Code):

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Behandlung mit Antikörpern: ATG Rituximab sonstige

Probenabnahme:

.....
 Datum Uhrzeit Unterschrift/Auftragsbestätigung Unterschrift/Bestätigung Probenidentität

HLA-Merkmale		
<input type="checkbox"/>	HLA-A, -B serologisch	E
<input type="checkbox"/>	HLA-B27	E
<input type="checkbox"/>	HLA-B51	E
<input type="checkbox"/>	HLA-A niedrigauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-B niedrigauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-C niedrigauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-DRB1 niedrigauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-DQB1 niedrigauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-DPB1 niedrigauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-A hochauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-B hochauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-C hochauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-DRB1 hochauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-DQB1 hochauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-DPB1 hochauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-DRB345 hochauflösend	E

<input type="checkbox"/>	HLA-DQA1 hochauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HLA-DPA1 hochauflösend	E
HLA-Antikörper		
<input type="checkbox"/>	AK-Screen Kl. I (Luminex)	EV
<input type="checkbox"/>	AK-Screen Kl. II (Luminex)	EV
<input type="checkbox"/>	HLA-AK-Spez. Kl. I (Luminex)	EV
<input type="checkbox"/>	HLA-AK-Spez. Kl. II (Luminex)	EV
Sonstige		
<input type="checkbox"/>	KIR-Genotypisierung	E
<input type="checkbox"/>	CCR5-Genotypisierung	E
<input type="checkbox"/>	HA-1-Genotypisierung	E
<input type="checkbox"/>	MICA hochauflösend	E
<input type="checkbox"/>	HNA/HPA-Panel (NGS)	E
<input type="checkbox"/>	HLA-E hochauflösend	E

LCT-Kreuzprobe		
<input type="checkbox"/>	Allogene Kreuzprobe	EV
<input type="checkbox"/>	Autologe Kreuzprobe	EV
Organtransplantation		
<input type="checkbox"/>	Antikörperscreening nach Tx	EV
<input type="checkbox"/>	Donorspezifische AK (DSA)	EV
Familienspendersuche		
<input type="checkbox"/>	HLA-Ersttypisierung	E
<input type="checkbox"/>	Bestätigungstypisierung	EV
<input type="checkbox"/>	Familienhaplotypbefundung	
Fremdspendersuche		
<input type="checkbox"/>	HLA-Ersttypisierung	E
<input type="checkbox"/>	Bestätigungstypisierung	E

Untersuchungsmaterial: V = Vollblut, EV = EDTA-Blut oder Vollblut; EH = EDTA-Blut oder Heparin-Blut; E = EDTA-Blut; EZ = EDTA-Blut oder Zellen oder DNA; SP = Speichelprobe;

***bei Blasten im Blut bitte Speichelabnahmeset anfordern!**

Vorbefunde / Zusatzinformationen: Blasten im Blut ___% *

Einzelne Anforderungen beinhalten folgende Untersuchungen:

LCT-Kreuzprobe	Organtransplantation
Allogene Kreuzprobe	Antikörperscreening nach Tx
# lymphozytotoxische Kreuzprobe ggf. mit DTT # Patientenserum (Vollblut) gegen Spenderlymphozyten (EDTA)	#HLA-AK Screening Klasse I + II Luminex
Autologe Kreuzprobe	Donorspezifische AK (DSA)
# lymphozytotoxische Kreuzprobe ggf. mit DTT # Patientenserum (Vollblut) gegen Patientenlymphozyten (EDTA)	#HLA-AK Identifizierung Klasse I + II #Luminex Single Antigen Beads #Typisierung von Patient und Spender ggf beilegen.
Familienspendersuche	
HLA-Ersttypisierung	
# HLA-AB niedrigauflösend # ggf. HLA-DRB1 niedrigauflösend	
Bestätigungstypisierung	
# HLA-ABC hochauflösend # HLA-DRB1, -DQB1 hochauflösend # allogene und autologe Kreuzprobe	
Fremdspendersuche	
HLA-Ersttypisierung	
# HLA-ABC hochauflösend # HLA-DRB1, -DQB1, -DPB1 hochauflösend	
Bestätigungstypisierung	
# HLA-ABC niedrigauflösend, ggf. hochauflösend # HLA-DRB1, -DQB1, -DPB1 hochauflösend	